

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 131

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SCOLIOSE HYSTÉRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 AVRIL 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON JAUBERT

Né à Banon (Basses-Alpes), le 23 décembre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 131

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SCOLIOSE HYSTÉRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Avril 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON JAUBERT

Né à Banon (Basses-Alpes), le 23 décembre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX, agréé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.....	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.....	DEVIC, —
Physiologie.....	DOYON, —
Accouchements.....	FABRE, —
Botanique.....	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.....	CAUSSE, Dr ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TRIPIER, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. DEVIC et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON FRÈRE

PRÉFACE

Arrivé au terme de notre scolarité médicale, et avant de franchir le seuil de l'Université, ce nous est un grand plaisir et un devoir agréable d'exprimer notre gratitude aux Maîtres qui ont bien voulu s'intéresser à nous.

M. le professeur Tripier nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il veuille bien en agréer nos plus vifs remerciements.

MM. les professeurs agrégés Rollet et Bérard, chirurgiens des Hôpitaux, nous ont toujours accueilli dans leurs salles avec la plus grande amabilité et ont bien voulu nous rendre service à l'occasion ; ils peuvent être assurés de notre plus vive gratitude.

M. le professeur agrégé Siraud, nous a accueilli avec son affabilité habituelle et a bien voulu nous donner ses précieux conseils au sujet de ce travail ; nous ne saurions trop l'en remercier.

Que M. le docteur Nicolas qui, dans plus d'une circonstance, s'est intéressé à nous, soit assuré de notre reconnaissance, et reçoive nos meilleurs remerciements.

Si ce modeste travail vaut quelque chose c'est bien grâce à ce maître incontesté et si universellement aimé des étudiants qu'est M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien des Hôpitaux ; à lui en est dûe l'inspiration ; qu'il veuille bien agréer ici l'assurance de notre bien vive et sincère reconnaissance.

M. le Dr Gonnet, son interne, s'est mis gracieusement à notre disposition pour nous aider dans la confection de ce travail ; nous n'aurions garde d'oublier le service qu'il nous a rendu.

Un personnage aussi connu pour ses travaux scientifiques que pour son affabilité et son obligeance et dont s'honore le monde industriel lyonnais, a bien voulu, dans une circonstance pénible, s'intéresser à nous ; tant que nous vivrons le souvenir de sa bienveillance ne saurait s'effacer de notre mémoire reconnaissante.

Nous nous faisons un plaisir enfin de saluer les nombreux camarades que nous quittons à regret, et tout spécialement le Dr Eysséric qui fut pour nous plus qu'un ami, un véritable frère, et dont la famille nous a toujours témoigné une affection qui nous rappelle de trop doux souvenirs pour que nous puissions l'oublier.

HISTORIQUE

A côté de la scoliose essentielle des adolescents il existe une nombreuse classe de scolioses symptomatiques. Parmi elles tout un groupe est formé par les déviations latérales de la colonne vertébrale dans les affections nerveuses. On connaît, notamment, les scolioses de la paralysie infantile, du tabès, de la syringomyélie, la scoliose sciatique, la scoliose par contracture hystérique. L'étude de cette dernière, comme, du reste, de toutes les manifestations si variées de la névrose, est de date relativement récente.

On retrouve bien, dans les auteurs, des observations qui, par plus d'un point, rappellent l'hystérie, mais celle-ci n'est pas directement mise en cause.

C'est ainsi qu'une observation de Pravaz note une double inflexion du rachis, avec courbure principale

dorsale supérieure à convexité droite, par contracture du trapèze droit. La difformité, excessive, survenue à la suite d'une émotion, guérit en un an.

Landry, en 1855, publie un cas de contracture des muscles sacro-lombaires et carré des lombes chez une jeune fille de 18 ans qui s'était exposée au froid, en sortant d'un bal, tout en sueur, au mois de janvier 1853. Sept mois après, en août, à la suite d'une émotion vive, la déviation vertébrale disparut brusquement, du jour au lendemain.

Duchenne (de Boulogne), dans son « Traité de la Physiologie des mouvements », dit avoir vu plusieurs cas de flexion latérale de la colonne vertébrale lombaire par contracture uni-latérale du carré et peut-être des intertransversaires.

Duret, le premier, en 1888, incrimine l'hystérie, dans un cas de cypho-scoliose, chez un homme de 23 ans, le sieur Jh.C..., dont les antécédents héréditaires étaient chargés au point de vue nerveux. Ce jeune homme eut une sciatique en 1885; puis, quelque temps après, une attaque. Le lendemain de cette attaque, il y avait de la paralysie des réservoirs et on notait de l'anesthésie périnéale; il se plaignait, de plus, de douleurs en ceinture avec irradiations dans les cuisses sur le trajet des nerfs cruraux et sciatiques, tous accidents qui disparurent en partie à la suite de l'application d'une ceinture de gros sous et de la suggestion. Le sujet fut considéré comme un hystérique.

Quatre mois après, en août 1887, le malade revient avec de l'anesthésie périnéale et de la constipation

par paralysie rectale, symptômes qui ne cédèrent cette fois ni à la ceinture métallique, ni à la faradisation rectale, ni à la suggestion. Enfin, en janvier 1888, apparaît à la région lombaire, une saillie très étendue : cypho-scoliose gauche de 2 cent. 1/2 de flèche. La partie latérale gauche de l'abdomen du malade vu de face présente une dépression extrêmement profonde, produite par une inclinaison forcée et des plus remarquables de la cage thoracique qui s'est considérablement rapprochée du bassin. Démarche très difficile, à demi-fléchi. Disparition par une chloroformisation.

— Le lendemain, légère déformation, mais il suffit de dire au malade : « Tenez-vous droit, vous le pouvez », pour obtenir une rectitude parfaite.

Grancher, cité par Besson (thèse de Paris, 1888), rapporte l'observation d'une petite fille de 8 ans, Cécile V..., qui, trois mois après une chute, présentait une cypho-scoliose à convexité gauche de 4 à 5 cent. de flèche ; les apophyses épineuses et surtout les masses sacro-lombaires étaient très douloureuses spontanément et à la pression. Aucun stigmate de la névrose.

Landois (thèse de Paris, 1890) publie, à son tour, l'observation d'une jeune fille, Mlle C..., âgée de 12 ans, dont la mère est hystérique et qui, elle-même, a eu des rhumatismes, puis des tics, et enfin présente à l'époque où on l'observe, une instabilité, un besoin incessant de se remuer et une irritabilité de caractère qui font plutôt penser à de la chorée qu'à de l'hystérie ; d'ailleurs pas de stigmates. Scoliose lom-

baire droite ; les fausses côtes gauches touchent presque la crête iliaque ; l'épaule gauche est abaissée. Guérison par des douches froides, des frictions, de la gymnastique.

Dans sa thèse sur les « Déviations vertébrales neuropathiques », Hallion (Paris, 1892) insiste sur ce fait que la scoliose essentielle des adolescents peut être associée à l'hystérie chez le même individu ; mais il n'y a pas, pour cela, rapport de cause à effet entre la névrose et la déviation vertébrale, il y a simplement coïncidence ; de plus, il s'agit presque toujours de contractions hystériques du carré des lombes, sans rotation vertébrale.

L'année suivante (1893) Vic fait le premier travail d'ensemble sur la scoliose hystérique dont il donne deux nouvelles observations que voici, d'ailleurs, brièvement résumées :

OBSERVATION I. — Berthe R. . . , 11 ans, pas d'antécédents suspects. Vers la mi-mai 1890, chute sur le côté droit, à la suite de laquelle se montre, dès le lendemain matin, une déviation considérable de la région dorso-lombaire, avec convexité à gauche et raideur musculaire. Guérison par la suggestion, des douches froides et la chloroformisation. En septembre 1890, nouvelle chute, nouvelle scoliose identique. Guérison par les mêmes procédés.

OBSERVATION II. — Albertine V. . , 12 ans 1/2. Antécédents héréditaires : du côté du père, rien de spécial ; la mère, nerveuse, dit se rappeler, à propos de

L'accident arrivé à sa fille, qu'elle-même, à 15 ans 1/2, est restée penchée quelque temps sur un côté ; son buste se serait redressé tout d'un coup. La petite Albertine est née à 7 mois 1/2 ; d'un caractère irritable, elle rit et pleure pour un rien. Le 1^{er} octobre, placée comme bonne d'enfant chez un cocher, elle est chargée de porter sur ses bras, cinq à six heures par jour, un bébé de sept mois ; le 8 octobre, après avoir été fatiguée la veille, elle se réveille penchée à droite. Le 10, elle entre dans le service de Lannelongue, où on note l'abolition du réflexe pharyngien et de l'hyperesthésie du flanc et du membre inférieur droits. Pas d'autre stigmat. A partir de la septième dorsale, la colonne vertébrale présente une courbure dorso-lombaire à convexité gauche de plus de deux centimètres de flèche. Guérison, le 19 octobre, par une potion de deux grammes de KBr, la suggestion à l'état de veille, et une douche froide journalière de trente secondes, en jet brisé.

Vic définit cette affection, une déviation latérale droite ou gauche de la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale, survenant brusquement chez les adolescents, et particulièrement les jeunes filles, due à la contraction des masses musculaires de l'un ou de l'autre côté. Elle apparaît très souvent chez des individus vierges de toute marque un peu prononcée d'hystérie généralisée. La déviation vertébrale arrive à son maximum d'emblée ; médiate ou immédiate, elle est toujours très marquée ; c'est une contracture pure, sans lésion osseuse sous-jacente. Sa durée est fixée, par Vic, de huit jours à un mois. Il insiste, dans

le traitement, sur l'insuccès de l'électrisation, sur la valeur de l'hydrothérapie, du traitement moral (suggestion à l'état de veille, suggestion hypnotique) et de la chloroformisation.

Dans une leçon sur les contractures hystériques, Pierre Janet, en 1895, cite un cas de Raymond, où un jeune marin, à la suite d'une chute, fut atteint de scoliose lombaire par contracture, qui céda rapidement au massage et à la suggestion. D'autre part, il donne deux observations personnelles de déviations scoliotiques, chez des jeunes filles nettement hystériques, par contracture hystéro-traumatique des muscles latéraux de la colonne.

Mirallié est l'auteur de deux importants mémoires, l'un en 1896, l'autre en 1898, sur la scoliose hystérique, appuyés chacun d'une observation. Il ne donne le nom de scolioses hystériques qu'à celles où l'on constate, chez le porteur, des stigmates francs et, partant, il récuse presque toutes les observations publiées antérieurement qui sont étiquetées par lui scolioses névropathiques, mais non hystériques.

Nous rapportons ici, partiellement résumée, la seconde de ces observations ; on verra, par la suite, qu'à plus d'un point de vue nos deux observations s'en rapprochent singulièrement.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, Mlle F..., dont le père a eu deux attaques et est mort de la seconde. La mère est morte après deux ans d'une paralysie ayant affecté le bras droit et la jambe gauche. Un frère mort tuberculeux. Trois autres frères vivants, mais tous nerveux et déséquilibrés. La malade, à 25 ans, se

plaignit de faiblesse dans les membres inférieurs ; à 26 ans elle eut une paraplégie consécutive à une émotion vive, puis, en même temps, plusieurs crises nerveuses ; le tout guérit à la suite d'un pèlerinage à Lourdes. A 30 ans, blépharospasme ayant duré neuf jours, suivi de trismus, de faiblesse des membres inférieurs et d'une cyphose qui disparut au bout de quelques jours ; à 36 ans, spasme de l'œsophage ; à 37 ans, contracture de la jambe gauche en flexion avec pied-bot varus équin, contractures survenant par crises plusieurs fois répétées. Un chirurgien fit alors la ténotomie des tendons des muscles du creux poplité. A dater de cette époque survinrent coup sur coup des accidents multiples : aphonie, plusieurs crises de blépharospasme, contractures du bras droit, scoliose. La recherche des stigmates montre de l'hypoesthésie généralisée et pour tous les modes de sensibilité : tact, douleur, chaud, froid ; de plus, la malade localisait mal ses sensations, principalement sur le bras droit et la jambe gauche qui, seuls, étaient contracturés.

Zones hystérogènes, sus et sous-mammaires, ovariennes, axillaires. Léger rétrécissement du champ visuel. Le 8 août, la malade se réveille avec un blépharospasme tonique bilatéral ; la veille, un travail de broderie l'avait fatiguée. « Voulant nous rendre compte, dit Mirallié, du degré de suggestibilité de notre malade, nous adressant à notre interne, nous lui disons que, parfois, on voit, chez ces malades, à la suite du blépharospasme, apparaître une scoliose, d'ailleurs passagère, sans gravité aucune,

« guérissant toujours au bout de quelques jours.
« Puis, joignant le geste à la parole, nous inclinons
« la malade sur le côté gauche, comme pour mieux
« faire comprendre notre pensée.

« Le 9, même état du blépharospasme. Nous
« découvrons le dos de la malade et nous faisons
« remarquer à haute voix qu'il n'y a pas de déviation
« rachidienne. Les jours suivants, le blépharospasme
« diminue progressivement pour disparaître, le
« 18 août, sans qu'aucune déviation du rachis soit
« apparue. Huit jours après, le 25 août, apparaît
« une nouvelle attaque de blépharospasme tonique
« prédominant du côté gauche, mais la malade pré-
« sente un déjettement considérable du tronc vers
« le côté gauche. La scoliose occupe toute la
« colonne vertébrale ; elle commence à la région
« lombaire et envahit même la colonne cervicale.
« Dans son ensemble la colonne vertébrale décrit une
« courbe à convexité droite dont la flèche mesure
« environ 2 cent. Le tronc est rejeté en masse vers la
« gauche ; la perpendiculaire abaissée de l'acromion
« gauche tombe à 10 cent. environ de la hanche gau-
« che ; le flanc droit est élargi et sa concavité nor-
« male a fait place à une convexité ; le flanc gauche
« est profondément excavé et les dernières côtes
« gauches sont presque au contact de la crête iliaque
« du même côté. L'épaule droite est sur un plan nota-
« blement plus élevé que l'épaule gauche. Tous
« les muscles des gouttières vertébrales sont dou-
« loureux au toucher, aussi bien à droite qu'à gau-
« che. Quand on cherche à redresser la malade, on

« provoque une douleur très vive et on ne réussit
« qu'à exagérer la déviation. La tête est légèrement
« inclinée sur l'épaule gauche, en même temps que la
« face est déviée vers la droite. En somme, léger
« degré de torticolis.

« Le lendemain la scoliose s'est accentuée, la
« flèche est de 3 centimètres. La malade souffre
« spontanément des masses musculaires du dos et
« ne peut faire aucun mouvement. Le torticolis s'est
« considérablement accentué, la joue est presque
« couchée sur l'épaule dont elle n'est distante que
« de deux travers de doigt. »

Puis apparaît un trismus et, enfin, le 9 septembre, c'est-à-dire un mois après, scoliose, torticolis, blépharospasme et trismus ont disparu et la malade se réveille en parfaite santé. Tout va bien pendant quarante jours, lorsque, « vers le 15 octobre, elle eut une
« nouvelle atteinte de blépharospasme qui dura
« neuf jours. Quatre jours après sa guérison apparut brusquement la scoliose avec torticolis. Relevons ce fait très important qu'ici il n'y eut aucune
« espèce de suggestion ; la malade ne vit aucun
« confrère pendant cette atteinte de blépharospasme
« et la scoliose se développa spontanément par autosuggestion. Nous voyons la malade le 3 novembre.
« La scoliose est très prononcée, absolument identique à la première atteinte : déjettement en masse
« de tout le tronc vers le côté gauche ; élévation
« considérable de l'épaule droite ; effacement du
« flanc droit et exagération du flanc gauche ; torticolis gauche ; l'oreille gauche est presque au

« contact de l'épaule gauche, le menton est dévié
« vers la droite. La verticale abaissée de l'acromion
« gauche tombe très en dehors du flanc gauche ; la
« flèche dépasse 3 centimètres. Spontanément la
« malade ne souffre pas ; mais les tentatives de
« redressement, la pression et même le simple
« contact des muscles des gouttières vertébrales
« sont extrêmement douloureux. La malade est
« absolument ankylosée. Toutes les articulations du
« rachis sont immobilisées ; la malade peut s'asseoir
« sur son lit sans aide, et encore le fait-elle tout
« d'une pièce, comme soudée. Assise, le tronc s'in-
« cline fortement à gauche et la malade semble
« s'écrouler de ce côté. Tous les mouvements sont
« extrêmement douloureux.

« Quand la malade est debout, le tronc s'incline
« plus fortement à gauche encore ; il semble que la
« malade s'affaisse de ce côté ; la ligne des épaules
« est très inclinée sur l'horizontale ; les angles des
« côtes du côté droit font une saillie très marquée
« en arrière, la tête s'incline à la fois en avant et à
« droite, adjoignant ainsi un léger degré de cyphose
« à la scoliose et au torticolis. L'état reste station-
« naire pendant une semaine, puis, le 12 novembre
« au matin, nous trouvons la malade complètement
« guérie. »

« Pour tout traitement, nous avons eu recours à
« la suggestion à l'état de veille. Nous avons fait
« prendre à la malade quatre cuillerées à café, par
« jour d'une solution à 1 p. 100 d'hypophosphite de
« chaux ; nous la prévenions que ce médicament

« allait fortement la travailler, qu'elle sentirait probablement de très fortes douleurs dans le dos, indice que le remède agirait. Les douleurs produites étaient à tel point intolérables que la malade nous supplia de diminuer la dose, ce que l'on refusa évidemment de faire. En même temps on frictionnait légèrement le dos de la malade avec une pommade mentholée-phéniquée; la sensation de fraîcheur produite aidait puissamment à l'action suggestive ».

Et Mirallié ajoute un peu plus bas : « Nous n'avons pas la naïveté de croire à l'action curative de nos médicaments ; nous avons beaucoup plus confiance dans le boniment (qu'on nous pardonne ce mot qui nous semble le seul rendant exactement notre pensée) qui précédait l'administration du remède. »

Cette deuxième observation de Mirallié fait le sujet de la thèse de Houeix de la Brousse (Paris 1899).

Roux, en 1897, publie une observation de contracture bilatérale des muscles lombaires, mais sans déviation latérale.

Dans son « Traité de l'Hystérie », Gilles de la Tourette cite Hallion, Vic et Mirallié, mais n'ajoute rien de personnel.

Redard (Traité des Déviations de la colonne vertébrale, Paris 1900) consacre un chapitre à la scoliose par contracture hystérique des muscles dorso-lombaires. Il dit en avoir observé quatre cas. Cette variété de déviation, ajoute-t-il, ne doit pas être considérée comme rare ; elle échappe souvent à un examen

superficiel et se trouve confondue avec des déviations d'une autre nature. Elle s'observe surtout chez des jeunes filles qui n'ont encore aucun stigmate d'hystérie généralisée, où elle est souvent la seule ou la principale manifestation de l'hystérie.

Il s'agit ordinairement de contracture hystéro-traumatique des muscles lombaires, sans courbures de compensation. Le pronostic, peu sérieux chez l'enfant, est beaucoup plus grave chez l'adulte et les jeunes filles adolescentes où l'affection est tenace, récidive et peut se transformer en une scoliose vraie, avec déformations osseuses et rétraction musculotendineuse définitive.

Nous avons, en outre, trouvé, dans la littérature médicale étrangère, quelques observations de scoliose hystérique qui ne sont pas relatées dans les travaux précédents.

Jasinski, en 1890, publie un cas de déviation rachidienne cervico-dorsale à droite avec scoliose et lordose lombaires compensatrices, par contracture hystérique.

Embden, à la Société de Médecine de Hambourg (1897), communique l'observation d'une petite fille de dix ans qui, à la suite de douleurs pleurétiques, présenta une attitude vicieuse caractérisée par ce fait que la partie supérieure du corps faisait, avec la partie inférieure, un angle de 130°. Pendant trois mois on fit de la suspension sans succès; à chaque séance la colonne se redressait avec la plus grande facilité, mais l'enfant reprenait son attitude vicieuse aussitôt qu'elle était à terre. Une application de pinceau

faradique, pendant une séance de suspension, suffit à faire disparaître définitivement la scoliose.

Wegner, en 1898, rapporte un cas de scoliose hystérique chez une femme de 26 ans. La malade eut, à trois reprises, une déviation latérale de la colonne lombaire, apparue subitement et disparaissant spontanément, sauf à la dernière atteinte où, néanmoins, huit séances de suspension suffirent pour faire disparaître la difformité.

Wertheim Salomonson, en 1899, consacre à l'attitude hanchée, accompagnée de scoliose d'origine hystérique, un mémoire fort intéressant. L'auteur communique deux observations qu'il fait suivre de considérations originales. Il compte, en tout, six cas de contractures hystériques de la hanche. Mais, pour lui, il ne s'agit pas de déviations par contractures, mais bien par asthénie. L'attitude vicieuse n'est que l'exagération de l'attitude hanchée de Richer, aussi l'appelle-t-il attitude hanchée hystérique avec scoliose. La scoliose est un symptôme secondaire, mais très important, car elle est hors de proportion avec l'attitude hanchée. Si on constate une certaine résistance, quand on veut corriger la position, c'est par une contracture qui s'établit au moment où l'on veut exécuter le mouvement et qui fixe le membre dans l'attitude pathologique. Ce phénomène n'est pas rare dans l'hystérie.

En Italie, Erasmo de Paoli (1900) rapporte deux cas de scoliose hystérique. Dans le premier la contracture se déplaça brusquement de la région lombaire à la région cervicale. Dans le second il s'agit

plutôt de torticollis hystérique. Toutefois cette observation met bien en lumière ce fait : à savoir que la contracture isolée d'un groupe de muscles peut être le premier symptôme d'une hystérie latente, précédant ainsi, quelquefois de plusieurs années, l'apparition de tout stigmatte proprement dit.

Tout récemment Muskat a fait paraître, dans le *Centralblatt für den Grenzgebiete* (n° 6, 1901), une monographie sur la scoliose hystérique que nous n'avons pu nous procurer.

Enfin Binswanger (*Société Médicale d'Iéna*, 5 décembre 1901) publie l'observation d'un jeune marchand de 21 ans qui eut une sciatique en janvier 1901. Pendant le traitement de la sciatique advint l'apparition d'une scoliose qui persista une fois la sciatique guérie, scoliose très marquée, à convexité droite, disparaissant sous l'anesthésie. Le malade marchait penché du côté gauche ; l'intervalle entre la crête iliaque et la dernière côte était, sur la ligne axillaire, de quatre centimètres à gauche et de huit centimètres à droite. Comme traitement on fit de la suspension, du massage, de l'hydrothérapie, et surtout de la suggestion psychique. Binswanger admet que deux processus distincts ont évolué chez son malade : d'abord une sciatique, puis une scoliose indépendante de la sciatique, puisqu'elle a persisté après sa guérison. Cet homme était un hystérique, étant donné qu'il était porteur de zones hystérogènes et que sa scoliose disparut par la suggestion.

Tels sont, rapidement exposés, les travaux publiés

jusqu'à ce jour sur les déviations rachidiennes par contracture hystérique.

A toutes les observations que nous avons relatées nous en ajoutons deux que nous avons eu la bonne fortune de noter dans le service de M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

OBSERVATION I

H..., 15 ans. Salle saint-Martin, lit n° 27.

Pas d'antécédents héréditaires nerveux. Dans ses antécédents personnels, nous ne relevons que la rougeole dans le jeune âge. Elle est réglée irrégulièrement depuis le mois de juin 1901. Quand l'affection actuelle a débuté, elle allait à l'école depuis plusieurs années ; parmi ses camarades se trouvait une petite fille, du même âge qu'elle, qui était atteinte d'une déviation vertébrale.

En avril 1901, elle se plaint à ses parents d'une douleur dans l'épaule droite. Ceux-ci constatent que cette épaule est plus haute que celle du côté opposé. Rapidement apparaît l'inclinaison à gauche de la colonne vertébrale, en même temps qu'on remarque une légère boiterie. Un médecin, consulté, envoie la petite malade à Lyon, où elle fait un premier séjour dans le service, jusqu'au 27 juin, sans en

éprouver aucune amélioration. A sa sortie, la difformité est très marquée, la malade boîte. Jusqu'en septembre 1901, ces deux phénomènes, difformité et claudication, augmentent légèrement d'intensité et, depuis, sont absolument stationnaires.

Actuellement, janvier 1902 : à l'examen de la malade debout vue de dos, ce qui frappe immédiatement c'est l'élévation considérable de la hanche gauche, en même temps que l'abaissement très marqué de l'omoplate du même côté ; l'épaule gauche fait un plan très incliné en dehors. La ligne épineuse se sent très bien de haut en bas, sans torsion des apophyses ; elle présente une courbure dorso-lombaire à grand rayon, concave à gauche, dont la flèche est de cinq centimètres. Dans les muscles latéraux-vertébraux gauches on voit se dessiner, sous la peau, des contractions non pas fibrillaires, mais fasciculaires involontaires. En outre, en saisissant à pleine main, entre le pouce d'un côté et les autres doigts de l'autre, l'espace ilio-costal gauche, on sent très bien les masses musculaires tendues, contracturées, donnant une sensation de dureté qu'on apprécie mieux encore en palpant simultanément les deux côtés.

La courbure dorso-lombaire peut être redressée par des pressions manuelles ; il est même possible de reproduire la déviation en sens inverse, mais on constate alors que, si la malade est debout, le bassin du côté gauche s'élève, la crête iliaque remonte, le membre inférieur, rigide, est entraîné et ne touche plus le sol que par la pointe du pied.

Pas de point vertébral douloureux spontanément,

au repos, ni dans les mouvements, ni à la pression directe sur les apophyses, ou indirecte sur les épaules ou la tête.

Si l'on fait marcher la malade, elle boite très bas ; le membre inférieur gauche, rigide, se meut avec le bassin, remonte et descend avec lui pour faire le pas, en même temps que le thorax s'incline fortement à gauche, au moment où le pied touche le sol, semble s'enfoncer dans le bassin et fait passer les fausses côtes en dedans de la crête iliaque.

Les os des membres ne présentent rien d'anormal ; pas de rachitisme.

Aucun trouble viscéral ; rien au poumon, ni au cœur. Pas de souffles anémiques.

A l'examen du système nerveux, on constate les phénomènes suivants : une zone longitudinale d'anesthésie, de forme ovale, au niveau de la ligne épineuse lombaire ; un dermographisme extrêmement marqué ; de l'anesthésie pharyngée et cornéenne. Les réflexes plantaires sont absents ; le réflexe rotulien exagéré des deux côtés. Pas de rétrécissement du champ visuel. Pas de zones hystérogènes ; jamais de crises. La malade est nerveuse, agitée, d'un tempérament irritable. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Pas de température.

OBSERVATION II

X. . . , 17 ans, salle Saint-Martin, n° 24.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 58 ans, atteint de rhumatisme chronique, d'un tempérament emporté et violent.

Mère âgée de 53 ans, sans tare morbide; a eu 11 enfants : 6 filles, notre malade, deux autres vivantes en bonne santé, 3 mortes : une de la petite vérole, 2 en bas âge; 5 fils dont 4 vivants et bien portants et un mort très jeune.

Dans les antécédents de la malade nous relevons une rougeole, puis, à 8 ans, une coqueluche avec bronchite qui lui a laissé une toux sèche presque continuelle.

Jamais d'hémoptysie.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement.

A commencé à travailler à l'âge de 12 ans. Depuis plus d'un an, elle fournit 10 heures et demie de travail par jour et debout. Pas de compagne de classe ou d'atelier ayant de difformité thoracique.

Depuis longtemps notre malade a des céphalées fréquentes; en outre, presque quotidiennement et

surtout le soir, elle est prise de vertiges, voit tout tourner autour d'elle, doit s'asseoir, se retenir aux objets environnants, même tomber parfois. Pas de sensation de boule, jamais de perte complète de connaissance, pas de mouvements convulsifs. Depuis deux mois ces phénomènes vertigineux n'ont pas reparu.

Au mois d'août 1901, la malade s'aperçoit de l'augmentation de volume de sa hanche droite. En même temps elle commence à souffrir vivement à ce niveau, ainsi que dans le membre inférieur droit, tant et si bien que, considérée comme une coxalgique, elle entre à l'Hôtel-Dieu, le 10 décembre 1901, salle Saint-Martin, au n° 24, le même jour que notre première malade et à deux lits seulement du sien. Son état général est excellent; elle est grande, forte, sans stigmates rachitiques. Pâleur des muqueuses des lèvres et des conjonctives. Souffles anémiques, cardiaques et vasculaires. Un peu d'hyperesthésie gastrique. Rien aux poumons. Pas d'albuminurie, pas de fièvre. La malade attire l'attention sur les douleurs qu'elle éprouve dans la hanche droite et le membre inférieur correspondant. Ce sont des tiraillements, des crampes douloureuses dans le mollet et les muscles de la cuisse. L'examen soigneux de l'articulation coxo-fémorale ne révèle aucun signe de coxalgie.

Il ne s'agit pas davantage de névralgie sciatique ou crurale; sur le trajet des troncs nerveux on ne trouve pas de points douloureux; le signe de Lasègue

n'existe pas, le signe de Bonnet non plus. La démarche de la malade est absolument normale.

L'examen de la colonne vertébrale révèle une scoliose dorsale très légère, à concavité droite avec légère courbure de compensation lombaire ; pas de torsion. En aucun point l'axe vertébral n'est douloureux. La malade est simplement mise au repos au lit pour calmer ses douleurs. Celles-ci, en effet, diminuent notablement et, à la fin de décembre 1901, la malade se sent très améliorée. Pendant ce temps elle est mise dans un lit voisin de celui de notre première malade en qui elle a trouvé une camarade de son âge. Mais, brusquement, dans les premiers jours de janvier 1902, reparaissent, plus vives qu'auparavant, dans tout le membre inférieur droit, de la crête iliaque aux malléoles, des douleurs sous forme de fourmillement, de crampes très pénibles.

Puis, en deux ou trois jours, sous nos yeux, la malade s'affaisse sur son flanc droit, la colonne vertébrale s'incline en masse, faisant une longue courbe à concavité droite ; l'épaule droite tombe et une véritable boiterie apparaît ; dès lors, notre malade présente, au complet, en les exagérant même, des symptômes identiques à ceux que nous avons notés dans l'observation I.

Le côté droit du thorax est entièrement affaissé ; l'épaule, tombante, fait un plan très incliné en dehors ; le bras droit, pendant le long du membre inférieur, descend beaucoup plus bas que le bras gauche ; l'omoplate saillante est très abaissée ; enfin, le bord inférieur des fausses côtes s'enfonce en

dedans de la crête iliaque, plissant la peau et le tissu sous-jacent par de profonds sillons. La hanche fait une forte saillie, distante de l'acromion de 30 centimètres seulement, tandis qu'à gauche la même mensuration donne 42 centimètres. Dans sa totalité la colonne dorso-lombaire fait une courbe à grand rayon concave à droite. Pas de torsion des apophyses épineuses, mais, au niveau de la région lombaire, elles sont profondes et on les sent mal ; il y a un léger degré de lordose.

Ici encore nous observons que la difformité se réduit sous des efforts manuels, se reproduit même en sens inverse ; mais cette réduction n'est que momentanée. Si l'on fait marcher la malade, on observe qu'elle va le bras pendant, l'épaule fortement tombante, le membre inférieur droit rigide ; chaque fois qu'il touche le sol, le thorax s'incline profondément à droite et s'enfonce dans le bassin.

Dans la position assise ou couchée on retrouve, plus ou moins atténués, les mêmes signes.

A ce moment, notre attention étant éveillée et attirée vers la névrose par la première malade pour laquelle le diagnostic de scoliose par contracture hystérique avait été posé, et en présence d'une difformité aussi énorme, apparue subitement, nous faisons un examen systématique du système nerveux qui nous révèle les faits suivants :

Hémianesthésie gauche totale, occupant la tête, les membres et le tronc. Hyperesthésie droite totale et, non seulement relative, exagérée encore au niveau des membres inférieurs droits et des gout-

tières vertébrales. Au membre inférieur droit, pas de contracture appréciable dans les mouvements passifs ou au palper des masses musculaires au repos. Pas d'atrophie. Dans le flanc droit, étant donné le degré extrême de la difformité, la main ne peut pas explorer l'espace ilio-costal.

Rétrécissement marqué du champ visuel des deux côtés.

Abolition des réflexes pharyngien et cornéen.

Les deux réflexes rotuliens sont exagérés.

Le réflexe plantaire est aboli à gauche, du côté de l'hémianesthésie. Jamais de crises hystériques franches ; depuis deux mois, la malade n'a pas eu de nouvelle attaque de vertige. Jamais de sensation de boule rétro-sternale, ni de sensation de constriction cervicale. Zone hystérogène au niveau de la pointe du cœur ; dans tout le côté droit, la pression un peu forte est pénible, presque syncopale.

Pas d'ovarie. Accès de rire fréquents, sans cause ; quintes de toux à timbre spécial rappelant l'aboie-ment du chien. Caractère irritable, changeant, sommeil agité, frayeurs nocturnes constantes.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Ces deux observations nous paraissent intéressantes à plusieurs points de vue.

Dans tous les cas de scoliose d'origine hystérique, publiés à ce jour, il s'agit d'hystéro-traumatisme ; beaucoup plus rarement on note à l'étiologie une crise convulsive ou une émotion vive. La contracture apparaît plus ou moins rapidement, après un choc en général peu important, chez un sujet porteur de stigmates ou seulement en puissance d'hystérie plus ou moins latente.

Une observation de Mirallié, cependant, fait exception ; c'est celle que nous avons citée tout au long presque. La suggestion y est très nettement en cause. Mirallié, s'adressant à son interne, lui dit, devant la malade, hystérique avérée, atteinte

de blépharospasme, que, souvent, en pareille occurrence, on voit apparaître une déviation rachidienne et, joignant le geste à la parole, il incline la malade sur le côté comme pour mieux se faire comprendre. Quelques jours après la malade eut une superbe scoliose. Comme le fait remarquer l'auteur, il y eut, dans ce cas, d'abord suggestion, puis une phase de latence et, enfin, auto-suggestion et apparition de la déviation. La malade de Mirallié eut deux récides et, comme le fait observer l'auteur, pour la seconde attaque, le mécanisme est simplifié: plus n'est besoin de suggestion nouvelle, l'auto-suggestion ne fait que persister; les cellules nerveuses ont déjà pris l'habitude de l'acte. Et nous verrons plus loin que cette habitude met un point noir à l'horizon de notre pronostic.

Quoi qu'il en soit, voilà un élément étiologique important à ajouter au traumatisme, et la rareté de cet élément, puisque jusqu'ici on ne l'a observé franchement qu'une seule fois, est une des raisons pour lesquelles nos deux observations nous ont paru intéressantes à publier. Chez notre deuxième sujet, en effet, l'étiologie est évidemment la même. Hystérique à stigmates très nets, elle était depuis quinze jours dans la même salle que la première et dans un lit voisin. Il est évident que sa difformité énorme, apparue subitement, est d'origine mentale. La suggestion provoquée en elle par la vue de sa compagne, effectuée en une première phase, dans une seconde, dite de latence, notre malade paraît s'améliorer, pendant que s'achève en elle le travail d'auto-sugges-

tion qui aboutit à l'apparition d'une difformité identique à la difformité causale.

Et même, pour notre première malade, quoiqu'il nous soit impossible de l'affirmer, il est probable que la présence de cette camarade difforme, dont elle nous a parlé, a joué un rôle dans l'apparition de sa scoliose. Il eût peut-être suffi, après tout, que nous ayions dans la même salle quelques autres malades hystériques pour que se fût propagée une véritable petite épidémie de scoliose. Notons, du reste, que, dans la grande majorité des cas, la contracture hystérique consécutive soit à un traumatisme, soit à une émotion, suit de quelques jours le traumatisme ou l'émotion causales; elle est généralement médiate, rarement immédiate; pendant ces quelques jours vraisemblablement se fait l'auto-suggestion qui aboutira à la contracture. De sorte, qu'en somme, toute l'étiologie de la scoliose hystérique peut être ramenée à la simple auto-suggestion.

La variété de scoliose dont nous nous occupons, procédant essentiellement de l'hystérie, nous devons retrouver ici les mêmes caractères de mobilité et d'instabilité qui marquent toutes les manifestations de la névrose. Et, en effet, la contracture disparaît brusquement, comme elle était venue, un beau matin, sous l'influence de l'émotion, de la suggestion, ou même sans cause apparente. D'autre part, on le sait, l'hystérie n'est pas fertile en troubles trophiques; elle ne s'attaque aux vertèbres pas plus qu'aux autres os. Cette absence de lésion osseuse et cette éphémérité de la contracture (Vic admet que sa durée

oscille entre 8 jours et 1 mois) nous expliquent pourquoi Redard est d'avis que l'on a tort d'appeler scoliose hystérique l'affection qui nous occupe. La dénomination de fausse scoliose serait bien mieux appropriée, la scoliose type étant la scoliose des adolescents, celle qui vient lentement, met des années à s'en aller, quand elle s'en va, et est caractérisée anatomiquement par des déformations osseuses de toutes les parties de la vertèbre, des côtes, et surtout par le mouvement de torsion subi par le rachis « qui paraît « se tordre, suivant la comparaison de Lorenz, « autour d'un axe fictif, comme la vigne tourne en « spirale autour de son tuteur ».

La déviation rachidienne de nature hystérique est donc une scoliose purement dynamique, *sine materia*, une fausse scoliose pour mieux dire. La contraction qui l'engendre est dûe, d'après Charcot et Vulpian, à une excitation, lésion purement dynamique, sans modification anatomique appréciable, des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle ; ce serait une excitation assez analogue à celle que cause la strychnine, mais beaucoup plus durable. Il ne peut s'agir ici d'un réflexe, le réflexe étant consécutif à une excitation provocatrice, mais ne lui survivant pas.

SYMPTOMES

C'est au moment de la puberté, chez des jeunes filles qui n'ont encore aucun stigmate d'hystérie généralisée, que l'on observe principalement la scoliose hystérique. Cependant le sujet de l'observation de Mirallié et Chapus a 45 ans, nous l'avons vu.

D'autre part, l'observation de Duret, que nous avons résumée dans notre Historique, porte sur un jeune homme de 23 ans. Et, enfin, Redard (*lococitato*, p. 190) dit qu'il a observé un cas très net de déviation vertébrale hystéro-traumatique chez un homme de 32 ans, à la suite d'un accident de chemin de fer. Néanmoins, la prédominance de l'affection dans le sexe féminin, sa rapidité d'apparition sont signalées par tous les auteurs. De même l'intensité de la déviation, sa courbure à grand rayon prenant souvent tout l'axe dorso-lombaire sans torsion des

corps vertébraux, aussi, l'absence fréquente de courbures de compensation, enfin, la réduction sous anesthésie, sans massage forcé. Dans quelques observations est également notée la sensation de dureté, de tension donnée par les muscles latéraux lombaires contracturés.

Mais nous avons constaté, en outre, d'autres symptômes qui nous paraissent d'une grande importance et qui, cependant, ont été jusqu'ici à peu près passés sous silence.

En premier lieu nous placerons cette boiterie très marquée présentée par nos deux malades. Mirallié, dans sa première observation, dit bien que la malade en marchant, boite très bas, mais il ne paraît pas y ajouter une grande importance. Une scoliotique ordinaire, cependant, ne boite jamais et, partant, il suffit, de constater ce symptôme pour pouvoir affirmer, d'ores et déjà, qu'il ne s'agit pas d'une scoliose essentielle. Il est donc d'un gros appoint pour le diagnostic, d'autant plus qu'il est très marqué et qu'il saute immédiatement aux yeux. La démarche de la malade est très spéciale. Lorsque, dans le pas, le membre inférieur du côté de la déviation s'est porté en avant et repose complètement sur le sol, le thorax s'incline brusquement en masse du même côté sur le bassin, faisant avec celui-ci un angle à peine obtus, quelquefois presque un angle droit : la malade est comme couchée sur sa crête iliaque. Puis le pied se soulève, le thorax se redresse rapidement, l'axe vertébral conservant une déviation moyenne. Il se produit un balancement ou, mieux, une sorte de plongeon qui

rappelle un peu la démarche d'une luxation congénitale unilatérale.

De plus, chez notre première malade surtout, lorsqu'elle était debout, on voyait très bien, au niveau des masses sacro-lombaires du côté déformé, se dessiner sous la peau des contractions fasciculaires involontaires non perçues par elle. C'était la révélation de l'état de contractilité exagérée des muscles sous-jacents aboutissant à la contracture, cause de tous les accidents. Ce symptôme est tellement important, bien constaté, qu'un des médecins qui virent la malade dans le service, fit le diagnostic étiologique rien qu'à la vue de ces contractions fasciculaires.

Un symptôme très spécial et qui existe à un haut degré chez nos deux malades, c'est la mobilité de la déviation rachidienne, mobilité signalée déjà, on s'en souvient, par Mirallié. Assez facilement, que la malade soit debout ou assise, la main réduit la déviation et peut même la reproduire en sens inverse. Ce déplacement de la difformité ne provoque aucune douleur.

Au sujet des stigmates nous ne sommes pas de l'avis de Mirallié. Cet auteur exige leur présence pour affirmer qu'il s'agit d'une scoliose par contracture hystérique. Avec Vic, Salomonson, de Paoli et Redard, nous pensons même qu'elle s'observe surtout au moment de la puberté, chez des jeunes sujets et particulièrement des jeunes filles qui ne présentent encore aucun stigmate important d'hystérie généralisée.

De Paoli a vu sa deuxième malade prendre des

crises d'hystérie convulsive typique deux ans après la contracture isolée de ses muscles vertébraux latéraux.

Chez de tels sujets l'hystérie, en effet, n'existe qu'en puissance, elle couve ; un rien suffit, un traumatisme même insignifiant pour qu'apparaisse le stigmate révélateur : la contracture.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic a été bien étudié par Vic dans sa thèse. Il doit se faire :

1^o Avec le mal de Pott ; l'état général, la douleur localisée, la gibbosité, une attaque de paraplégie, la lenteur avec laquelle la maladie vient et surtout s'en va, ne permettront pas l'erreur.

2^o Avec les scolioses réflexes étudiées par Besson dans sa thèse, scolioses survenant par contractures, en vertu de la vigilance musculaire au niveau d'articulations malades ou d'organes enflammés : abcès péri-néphrétiques, lithiase urique, coliques néphrétiques, pleurésie, sciatique.

3^o Avec la scoliose rachitique qui vient au-dessous de sept ans et s'accompagne des autres signes bien connus du rachitisme.

4^o Avec la scoliose essentielle ou des adolescents. Nous sommes entrés dans quelques considérations, au sujet de ce point important, dans le chapitre précédent.

5^o Avec la scoliose névropathique de von Winiwarter et Gussenbauer qui survient surtout de 18 à 25 ans, chez des mineurs qui se surmènent et sont dans de mauvaises conditions hygiéniques. Il y a lieu de se demander, d'ailleurs, si cette catégorie ne doit pas être confondue avec celle étiquetée : hystérique,

6^o Avec les scolioses myélopathiques bien étudiées par Montsarrat (thèse de Paris, 1891) :

a) La scoliose syringomyélique et celle de la maladie de Morvan sont dues à une lésion des os vertébraux relevant d'un trouble de l'innervation trophique centrale.

b) La scoliose tabétique est constituée par des arthropathies de la colonne vertébrale ; les vertèbres sont altérées, recouvertes d'ostéophytes, les apophyses épineuses sont empâtées de masses calleuses.

c) Dans la maladie de Friedreich, la scoliose, très fréquente d'après les recherches de Soca, est due à la parésie musculaire, au défaut de résistance des muscles spinaux.

d) Dans la paralysie infantile la scoliose peut être en rapport avec la paralysie et l'atrophie des membres supérieurs et du tronc ou bien consécutive au raccourcissement, apparent ou réel, d'un des membres

inférieurs, raccourcissement sous la dépendance de l'atrophie, d'un pied bot paralytique, ou de l'attitude en flexion du genou ou de la hanche.

7° Avec la scoliose par coxalgie; les signes propres à celle-ci ne permettront pas un instant le doute.

8° Avec la scoliose par compensation qu'engendre quelquefois la luxation congénitale de la hanche; on note alors de l'inégalité des membres inférieurs.

9° Avec les scolioses consécutives à une arthrite rhumatismale, à une ostéomyélite vertébrale.

En somme, avec un peu d'attention, le diagnostic de la scoliose par contracture hystérique est aisé. Il faut surtout en avoir vu et y avoir songé. La brusquerie d'apparition, l'intensité de la déformation sans torsion des vertèbres, ni courbure de compensation, la mobilité de la déviation et, de plus, les symptômes que nous avons signalés : la présence des contractions fasciculaires ridant la peau au niveau des muscles contracturés, la boiterie basse très marquée, font un groupe de symptômes qui ne permettent pas une fausse route. La recherche des stigmates sera, dans certains cas, positive, mais il faut bien se souvenir que ce n'est pas parce qu'un sujet, hystérique avéré, se présentera porteur d'une scoliose qu'il faudra faire dépendre sa déviation de sa névrose

PRONOSTIC

Au point de vue pronostique, nous ne pensons pas, avec Vic, qu'il s'agit d'une affection insignifiante durant de huit jours à un mois. Au-dessous de dix ans, il est probable que cela est exact, comme en témoignent plusieurs observations; mais, plus tard, de 15 à 20 ans surtout, la déformation est tenace et parfois, dit Redard, peut se transformer en une véritable scoliose avec déformations indélébiles des vertèbres et rétraction musculo-tendineuse persistante.

Nous avons dit, dans notre étiologie, qu'en somme la cause de la contracture amenant la déviation rachidienne hystérique pouvait toujours être ramenée à la suggestion; une conséquence importante en découle au point de vue pronostique : la question des récidives.

Chez la malade de Mirallié, la première scoliose avait été suggérée, la seconde s'est produite spontanément; il y avait lieu de se demander si la série n'allait pas se continuer à la suite, ou non, d'une attaque de blépharospasme. Et, de fait, Mirallié ajoute une note à son mémoire disant que, pendant que celui-ci était à l'impression, il s'est produit une troisième attaque de scoliose, avec torticolis, absolument identique aux deux précédentes, sauf que celle-ci est survenue spontanément sans contractures, blépharospasme, ni trismus préalables. D'ailleurs, guérison en onze jours par le même traitement que pour les précédentes, puis l'auteur a prescrit à la malade une potion anodine dont il lui a vanté les vertus préventives contre de nouvelles attaques de contractures.

TRAITEMENT

Les traitements à faire suivre ne font pas défaut ; mais là, comme toutes les fois qu'il s'agit d'un phénomène d'ordre mental, la thérapeutique a peu de prise. Le port d'un corset est nettement néfaste ; chez nos deux malades il n'a fait qu'accroître la difformité. La médication interne, bromures, valériane, etc., etc., est impuissante, ou à peu près. Les douches froides, l'électricité, la suspension, la choroformisation ne nous ont donné aucun résultat, bien que l'un ou l'autre ait réussi dans quelques cas. La suggestion à l'état de veille est illusoire ; la suggestion pendant le sommeil hypnotique, à moins qu'il ne s'agisse de grandes hystériques, ne paraît pas sans inconvénients ; elle serait, évidemment, le vrai traitement.

En somme, la médication efficace n'est pas uni-

voque; elle varie avec chaque malade, et souvent, alors que tout a été mis en œuvre et a échoué, à propos d'un mouvement brusque, d'une émotion, d'un rien, disparaît subitement une difformité énorme, rebelle et déjà ancienne.

CONCLUSIONS

1° La scoliose hystérique est, plutôt qu'une vraie scoliose, une attitude vicieuse due à la contracture des muscles des masses sacro-lombaires d'un côté; c'est une scoliose *sine materia*, une fausse scoliose.

2° Cette contracture survient brusquement et s'en va de même chez un sujet hystérique, généralement une jeune fille, que ce sujet présente, ou non, les stigmates plus ou moins nets de la névrose dont elle peut être, d'ailleurs, la première manifestation.

3° Aux causes occasionnelles, déjà connues, de cette contracture il faut ajouter l'auto-suggestion à laquelle, du reste, on pourrait peut-être ramener tous les cas.

4^o Outre la déviation de la colonne vertébrale et les stigmates quand ils sont présents, il faut noter comme symptômes une boiterie très accusée du côté malade, des contractions fasciculaires visibles à travers la peau, au niveau des muscles contracturés et la mobilité de la déviation.

5^o Le pronostic ne laisse pas que d'être plus sombre qu'on ne l'a fait jusqu'ici, en raison précisément de cette importance étiologique de l'auto-suggestion; l'affection recidive, en effet, avec la plus grande facilité.

Le Président de la Thèse,

TRIPIER.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 22 avril 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LANDRY. — *Moniteur des Hôpitaux*, 1855:

DUCHENNE. — *Traité de la Physiologie des Mouvements*.

DUCHENNE. — *De l'Electrisation localisée*, 3^{me} édition, 1872.

GRANCHER. — *In* thèse de Besson. *Etudes sur les déviations de la taille d'origine réflexe*, 1888.

DURET. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1888.

LANDOIS. — *Des déviations du rachis dans leurs rapports avec la névropathie héréditaire*. Thèse de Paris, 1889.

HALLION. — *Thèse de Paris*, 1892.

VIC. — *De la scoliose hystérique*. Thèse de Paris, 1892.

MIRALLIÉ. — *Revue d'Orthopédie*, 1896.

MIRALLIÉ et CHAPUS. — Scoliose et torticolis hystérique. *Revue d'Orthopédie*, 1^{er} janvier 1898.

GILLES DE LA TOURETTE. — Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie, tome III.

HOUEIX DE LA BROUSSE. — De la scoliose hystérique. Thèse de Bordeaux, 1898.

RIBEUX. — L'hystérie simulant les affections organiques de l'enfant et de l'adolescent. Thèse de Toulouse, 1898.

Annales de Médecine et Chirurgie infantiles, 1895, p. 368 et 417.

KIRMISSON. — *Bulletin Médical*, 1890, p. 810.

M^{me} KLUMPKE. — Des contractures hystériques. *Revue de Médecine*, 1885.

JANET (P.). — Notes sur quelques spasmes des muscles du tronc chez les hystériques. *France Médicale*, 6 décembre 1895.

CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux, tome III.

CHARCOT. — Leçons du mardi, 1887-1889.

GUINON (G.). — A propos des travaux récents sur l'hystéro-traumatisme. *Progrès Médical*, 1888.

GUINON. — L'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie. *Revue de Chirurgie*, 1888, p. 10-11.

PETIT (L.-H.). — Rapports de la neurasthénie avec la scoliose. *Association française pour l'avancement des Sciences*. Bordeaux 1895.

PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, 1891.

- RICHER. — Paralysies et contractures hystériques.
Paris 1892.
- EMBDEN. — *Société de Médecine de Hambourg*,
1897; *Revue des Maladies de l'Enfance*, 1898,
p. 37.
- WEGNER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*
1878; *Revue Médicale*, 1899.
- WERTHEIM SALOMONSON. — *Deutsche Zeitschrift
für Nervenheilkrankheiten*, tome XIX; *Semaine
Médicale*, 1899.
- ERASMO DE PAOLI. — *Il Policlinico Roma*, anno VII,
jan. 1900; *Revue Neurologique*, 1900.
- MUSKAT. — *Centralblatt für den Grenzgebiete*, 1901.
- BINSWANGER. — *Société Médicale d'Iéna*, 5 dé-
cembre 1901.

